



Socio Núm: .....

Registro Mercantil de La Rioja, al tomo 278, folio 84 LO-1490 – NIF V26014316 c/ Portilloje, 4 26007 LOGROÑO TELF. 941511510 Fax 941511506 info@centrodechoferes.es

#### FORMULARIO ASISTENCIA SANITARIA – FAMILIARES-

El que suscribe, cuyos datos se reflejan a continuación, estando conforme con los dispuestos en los Estatutos y Reglamentos vigentes de la Entidad Solicita su aprobación para inscribir a los familiares para dicho servicio:

##### FAMILIAR:

NOMBRE: .....

APELLIDOS: .....

D.N.I.: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... PARENTESCO: .....

##### DATOS DEL MUTUALISTA:

NOMBRE Y APELLIDOS: .....

CALLE: .....

LOCALIDAD: ..... CODIGO POSTAL .....

PROVINCIA: ..... TELFS: ..... / .....

Logroño, a ..... de ..... 20.....

El Presidente

Firma del Solicitante